

**WYPEŁNIA PORADNIA**

|             |           |                |
|-------------|-----------|----------------|
|             |           |                |
| Data wpływu | Nr Teczki | Nr w rejestrze |

**WYPEŁNIA ZGŁASZAJĄCY**

Kowary, dn.....

.....  
(imię i nazwisko).....  
(adres zamieszkania).....  
(data i miejsce urodzenia)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(nr PESEL)

.....  
(telefon kontaktowy)

**Publiczna Poradnia  
Psychologiczno- Pedagogiczna  
w Kowarach**

**ZGŁOSZENIE DO PORADNI****celem uzyskania diagnozy psychologiczno – pedagogiczno – logopedycznej**

Na podstawie: art. 123 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo Oświatowe (Dz. U. z 2018 r., poz. 996 i 1000) oraz Rozp. MEN z dn. 1 lutego 2013r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno – pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. z 2013r., poz. 199 z późn. zm.)

Powód zgłoszenia: .....

.....  
(opis trudności)

Do wniosku dołączam dokumentację uzasadniającą zgłoszenie (właściwe podkreślić) :

- wyniki obserwacji i badań psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych i lekarskich
- inne .....

**OŚWIADCZAM, że**

1. Zostałem/am poinformowany/na o możliwości uzyskania pisemnej opinii/informacji po badaniach.
2. Zostałem/am poinformowany/na o możliwości zasięgnięcia przez poradnię informacji o mnie z placówki, do której uczęszczam.

**INFORMACJA O SPOSOBIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie art. 13 Rozp. Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L. nr 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) administratorem danych osobowych pacjentów jest Publiczna Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Kowarach;
- 2) dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych, zgodnie z Ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 3) dane osobowe przechowywane będą w czasie zgodnym z przepisami w/w Ustawy;
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;
- 5) każdy pacjent posiada prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub odwołania uprzednio udzielonej zgody;
- 6) pełnoletni pacjent ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 7) podanie danych osobowych jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa.

**Oświadczam i przyjmuję do wiadomości**.....  
(data, czytelny podpis)**WYPEŁNIA PORADNIA-terminy badań**

| Rodzaj         | termin | godzina | specjalista | II termin | godzina | Adnotacja ad. akta ( a/a) |
|----------------|--------|---------|-------------|-----------|---------|---------------------------|
| Wywiad         |        |         |             |           |         |                           |
| Psychologiczne |        |         |             |           |         |                           |
| Pedagogiczne   |        |         |             |           |         |                           |
| Logopedyczne   |        |         |             |           |         |                           |